

University of Groningen

Nieuwe context voor de Wet BIG

Sijmons, J.G.; Winter, Heinrich; Hubben, Joep

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Early version, also known as pre-print

Publication date:
2014

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Sijmons, J. G., Winter, H., & Hubben, J. (2014). Nieuwe context voor de Wet BIG. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158(37), 1604-1606. [A7577].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Functioneren Wet BIG in nieuwe context

Jaap G. Sijmons, Heinrich B. Winter en Joep H. Hubben*

Inleiding

De Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (Wet BIG) is na 15 jaar voor de tweede keer geëvalueerd. Deze eind 2013 gepubliceerde evaluatie gaat in hoofdzaak over de vraag of de Wet BIG zijn doelen nog behaalt en of de wet voldoende toekomstbestendig is.¹ De nieuwe evaluatie vond plaats nadat het systeem van wetgeving in de zorg sedert de vorige evaluatie (2002) ingrijpend is gewijzigd. Door de stelselwijziging van 2006 heeft het onderwerp kwaliteit van zorg een nieuwe inbedding in de wetgeving gekregen en dat heeft consequenties voor de Wet BIG. Hierna onderzoeken wij een aantal van deze consequenties en betrekken daarbij enkele uitkomsten van het empirisch onderzoek.² Omdat voor artsen registratie en voorbehouden handelingen belangrijke onderwerpen zijn, richten wij de aandacht vooral daarop en laten de door ons voorgestelde herziening van het tuchtrecht hier verder onbesproken. De laatste jaren is het instrument van de registratie uitgebouwd. Onderzocht is of daarmee de kenbaarheid en de transparantie van de beroepsuitoefening zijn toegenomen. Verder is nagegaan welke rol het systeem van voorbehouden handelingen speelt voor artsen en instellingen.

De Wet BIG is een samenstel van beroepenregulering, tuchtrecht en kwaliteitsbepalingen die niet volledig door andere wetten werden gedekt. Ofschoon er veel voor te zeggen was om de kwaliteit van de beroepsbeoefening te combineren met de registratie en het tuchtrecht, is de kwaliteit van de beroepsuitoefening maar in beperkte zin geregeld door de Wet BIG. Daar komt bij dat de directe kwaliteitsregulering in de Wet BIG door de stelselwijziging een andere context gekregen. Met de in 2013 voorgestelde Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (inwerkingtreding voorzien in 2014) verlaten de bepalingen over directe kwaliteitsregulering dan ook om wetssystematische redenen de Wet BIG. Dit laatste neemt natuurlijk niet weg dat ook de overblijvende Wet BIG op kwaliteit gericht blijft.

Deze ontwikkeling is onderdeel van een bredere concentratie van bepalingen over de kwaliteit in de zorgwetgeving. Het inmiddels aangepaste wetsvoorstel van de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) is daarvan een sprekend voorbeeld.³ In de literatuur gingen stemmen op voor het samenvoegen van de kwaliteitsregulering en de nevensgeschikte kwaliteitbevorderende regelingen in een nieuwe wet.⁴ Belangrijke reden daarvoor is dat het onderscheid tussen kwaliteit van beroepsuitoefening door individuele beroepsbeoefenaren en kwaliteit van zorg door zorginstellingen geen logisch onderscheid meer wordt gevonden. De gemeenschappelijke noemer is immers de kwaliteit van zorgverlening, die in dit perspectief niet verschillend behoort te zijn, afhankelijk van de soort zorgaanbieder waarmee de patiënt van doen heeft. Sinds de casus hartchirurgie UMC St. Radboud is immers het algemeen besef doorgedrongen, dat de zorgorganisatie in belangrijke mate verantwoordelijk is voor de kwaliteit en dat daarvan actieve bewaking van de kwaliteit mag worden verlangd.⁵ Kwaliteit is immers een homogene grootheid, die concentratie van regulering rechtvaardigt. De Wet BIG valt daarmee in zekere zin terug naar de basale opdracht van regulering van beroepen, opleidingen en titelbescherming. Hierna gaan wij in op deze functies als “registratiewet”.

Registratie

Het centrale instrument van de Wet BIG is registratie van beroepsbeoefenaren en hun deskundigheidsdomein. Het op die wijze kenbaar maken van de beroepskwalificatie heeft de wetgever vooral bedoeld voor de burger die medische hulp zoekt. De beschermende werking van het register werkt naar twee kanten: de registratie biedt enerzijds een waarborg van deskundigheid door het kenbaar maken van de beroepskwalificatie op basis van een systeem van herkenbare beroepsdomeinen. Anderzijds legitimeert de beroepsregistratie bepaalde praktijkhandelingen, met als sanctie een wettelijk verbod.

De Wet BIG vormde in de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw een antwoord op de ontwikkeling van nieuwe beroepen in de zorg. De druk op de ontwikkeling van beroepen door een steeds verder differentiërende zorgpraktijk (specialisatie en taakherschikking), maakt echter dat het weinig flexibele systeem van de Wet BIG nog meer dan bij de eerste evaluatie (2002) als een belemmering wordt ervaren.⁶ Het enkele jaren geleden aan de wet toegevoegde experimenteerartikel art. 36 a, aansluitend bij de regeling van voorbehouden handelingen, heeft hieraan door het invoeren van een soort 'kraamkamer' tegemoet willen komen, zonder het systeem te kunnen vernieuwen. Aan een 'coördinatenstelsel' van geregistreerde beroepen in de zorg is volgens de uitkomsten van het tweede evaluatieonderzoek nog steeds behoefte. De invoering van een tijdelijke titelbescherming voor de physician assistant is hiervan een goed voorbeeld.

Een van de teleurstellende bevindingen uit de tweede evaluatie is dat de BIG-registratie bij het publiek, met name bij patiënten, toch nog maar beperkt bekend is. Uit de uitgevoerde enquête komt naar voren dat de helft van de bevolking het BIG register niet kent. Daarnaast blijkt dat per saldo maar een kleine 2% (15 van de 1.078 ondervraagden) het BIG-register heeft geraadpleegd in verband met een van de belangrijkste doelen van de wet, namelijk hulp bij het kiezen van een arts of andere hulpverlener. Dat is wel bijzonder weinig. Kennelijk wordt door de patiënt vertrouwd op de handhaving van de titelbescherming en voelt hij niet zelf de behoefte te controleren of een bepaalde titel terecht wordt gevoerd. Blijkbaar rekent de patiënt erop dat ziekenhuizen en andere instellingen die controle van de medewerkers voor hun rekening nemen. Ons onderzoek bevestigt dat het checken van de beroepsregistratie inderdaad een grote rol speelt bij het beleid van ziekenhuizen en, zij het in mindere mate, van andere instellingen. Ziekenhuizen vragen medewerkers overwegend (92%) naar het bewijs van inschrijving in het BIG-register en raadplegen dit register veelvuldig (79%) in verband met eventuele wijziging van de inschrijfstatus van een medewerker. Ook wordt het register steeds meer geraadpleegd met de vraag of aan een medewerker een tuchtrechtelijke maatregel is opgelegd.

Tabel. Op welke manier gaat uw instelling na of en hoe de inschrijfstatus van al werkzame artikel 3-zorgverleners is gewijzigd in het BIG-register?

meerdere antwoorden mogelijk	Ziekenhuizen N=53	Verpleeghuizen N=35	Privéklinieken N=27	GGZ N=44	Thuiszorg N=37	Instellingen voor verstandelijk beperkten N=34
Wij maken in het geheel geen gebruik van het BIG-register.	4%	3%	0%	5%	3%	12%

Wij registreren de BIG-nummers van onze werknemers.	81%	63%	85%	70%	62%	47%
Wij raadplegen het BIG-register online.	79%	69%	63%	82%	65%	59%
Wij vragen werknemers naar het bewijs van inschrijving.	92%	71%	70%	82%	84%	56%
Wij nemen telefonisch contact op met het BIG-register.	23%	11%	0%	7%	5%	3%

Bron: Tweede evaluatie Wet BIG, p. 49, enquête zorginstellingen.

Ten opzichte van de vorige evaluatie (2002), is het beeld positiever nu blijkt dat het register vaker wordt geraadpleegd.⁷ Dit rechtvaardigt de conclusie dat bij het intern toezicht binnen instellingen de BIG-registratie meer gewicht heeft gekregen en men daarvoor ook instaat (en dus controleert). Dat gewicht is nog verder toegenomen doordat, zoals wij in de evaluatie hebben kunnen vaststellen, verzekeraars als beleid hebben om in de zorginkoop bij het contracteren van individuele personen ook de beroepsregistratie te controleren. De betekenis van de BIG-registratie als fundamenteel ijkpunt voor de titels en de daaruit afgeleide bevoegdheden is daarom al met al toegenomen. De relatieve onbekendheid van het BIG-register bij het algemeen publiek is ook om die reden een minder groot probleem.

Voorbehouden handelingen

Het systeem van voorbehouden handelingen in de Wet BIG, dat op de registratie aansluit, blijkt bij artsen en andere hulpverleners een weinig bekend formeel referentiekader te zijn. Dat geldt ook voor de begrippen en onderdelen van de regeling. Een ruime meerderheid van de ondervraagde artsen ervaart het als onduidelijk welke de aan artsen voorbehouden handelingen zijn. Diezelfde mening hebben zij over de wijze waarop een arts opdracht kan geven voor het uitvoeren van een dergelijke handeling en over het toezicht dat daarbij is vereist.

Ook bij deze uitkomst past de kanttekening dat de organisatie van de zorg in sterke mate is gebaseerd op de systematiek van de voorbehouden handelingen, zoals ons onderzoek nog eens heeft bevestigd. Die systematiek werkt zelfs door tot in de prestatieomschrijvingen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De hierop gebaseerde bevoegdheids- en bekwaamheidsvragen kunnen de doorslag geven in het tuchtrecht en in het civiele aansprakelijkheidsrecht. Tot de professionele standaard behoort immers ook het in acht nemen van de wetgeving over de beroepsuitoefening. Op de naleving van de voorbehouden handelingen wordt toezicht gehouden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het systeem van voorbehouden handelingen blijkt verder een belangrijk gezichtspunt bij de interne bevoegdheidstoedeling in o.a. ziekenhuizen en bij de organisatie van de kwaliteit van de zorg. Meer nog dan door het beroepenregister wordt de zorg dus mede gestructureerd door het systeem van voorbehouden handelingen, terwijl dat voor de patiënt nauwelijks zichtbaar zal zijn.

Conclusie

Zowel de structuur van de beroepenwetgeving als van de voorbehouden handelingen vormen een raamwerk in de organisatie van de gezondheidszorg, zonder dat dit aan de oppervlakte van de concrete zorgverlening voor de patiënt of de individuele arts altijd

zichtbaar of bekend blijkt te zijn. Met de kenbaarheid van de beroepenregistratie en van de consequenties voor de voorbehouden handelingen is het niet zo gelopen als de wetgever enkele decennia geleden voor ogen stond. Die relatieve onbekendheid met deze waarborgen van voldoende deskundigheid staat er echter niet aan in de weg dat de Wet BIG een wezenlijke functie vervult.

Het doel van de wet wordt weliswaar bereikt via een kleine omweg, maar het resultaat telt. De verbetering van de toegankelijkheid en effectiviteit van de registraties is nog steeds een pijler onder het algehele kwaliteitsbeleid. Het evaluatierapport bevat daartoe de nodige aanbevelingen. Daarop sluit aan de verdere ontwikkeling van de kwaliteitsregulering door het Zorginstituut Nederland dat per 1 april 2014 van start is gegaan.⁸ Aan het begrip 'professionele kwaliteit' wordt door dit instituut een bindende en voor ieder kenbare invulling gegeven door de ontwikkeling van standaarden en registratie (kenbaarheid) daarvan. De kwaliteitsregulering begint als het ware met opleidingseisen en titelbescherming volgens de Wet BIG en wordt nader ingevuld met registratie van concrete kwaliteitsnormen voor zorgverlening en tenslotte met registratie van de gemeten kwaliteit in de feitelijke beroepsuitoefening, zodat zij tezamen de grondstructuur en eindkwaliteit van de zorgverlening vormen.

De Wet BIG kreeg bij de eerste evaluatie (2002) voor wat betreft de doelbereiking een matige beoordeling, nu kan het oordeel gunstiger zijn. Voor de doelbereiking van de kwaliteitsborging werd indertijd 'een zware wissel getrokken' op de betrokkenheid en actieve medewerking van verschillende actoren in de zorg, waarbij moest worden geconstateerd dat het aan deze medewerking wel eens had ontbroken.⁹ Uit de nu uitgevoerde evaluatie blijkt dat die kwaliteitsborging, als gevolg van de stelselwijziging, veel meer is verankerd in de interne structuur van de zorg. Dat gegeven maakt dat gezegd kan worden dat de Wet BIG weliswaar niet op haar oorspronkelijke eindbestemming is aangekomen, maar intussen haar doel wel langs andere weg bereikt.

Dankwoord: de auteurs danken mw. mr. Nicolette Woestenburg voor haar hulp bij de voorbereiding van dit artikel.

¹ Prof.mr.dr. J.G. Sijmons, Gezondheidsrecht Universiteit Utrecht en Nysingh Advocaten en notarissen, Prof. dr. H.B. Winter, Bestuurskunde Rijksuniversiteit Groningen en Pro Facto, Prof. mr. J.H. Hubben, Gezondheidsrecht Rijksuniversiteit Groningen en Holland Consulting Group.

Correspondentieadres: Jaap.Sijmons@nysingh.nl

² Voor het volledige rapport, zie J.G. Sijmons e.a., *Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Reeks evaluatie regelgeving nr. 37, Den Haag: ZonMw, oktober 2013.

³ *Kamerstukken II* 32 402.

⁴ Zie o.a. F.C.B. van Wijmen, *Naar een Wet verantwoorde zorgverlening*, liber amicorum prof. mr. J.H. Hubben, SDU Den Haag, 2012, p. 3-15.

⁵ Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Een onvolledig bestuurlijk proces hartchirurgie in UMC ST. Radboud*, Den Haag, april 2008, p. 74-85.

⁶ J.M. Cuperus-Bosma e.a., *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Reeks evaluatie regelgeving, nr. 12, 2002, p. 172-173, 181-183, 216 en 227.

⁷ Cuperus-Bosma e.a., o.c., 2002, p. 70-71 en 135-136.

⁸ *Kamerstukken II* 2011/12, 33 243, nr. 1-3.

⁹ Cuperus-Bosma e.a., o.c., 2002, p. 227.